

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola


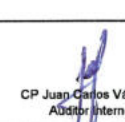
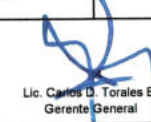
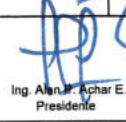
Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág. 1

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre |
|--|-----------------------------|---|---|--|---|--|-----------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | | | | Avance de cumplimiento (%) | Comentario Fecha de revisión | | | | |
| COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | H | La Política de Control Interno fue comunicada , aprobada con la Resoluc. N° 700/22, fue comunicada pero no se demostró entendimiento. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | La institución debe propiciar una conciencia de control que influya profundamente en la cultura organizacional de la institución, manteniendo su orientación hacia el cumplimiento de sus funciones. | Elaborar y aplicar cuestionario para que cada funcionario responda si visualizó el documento, entendió y si desea sugerir mejoras | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Coordinación MECIP | Auditoría Interna | Informe de resultado de entrevistas. | | | | | | |
| 2. | H | Código de Ética: Resoluc. N° 701/22 Se visualizaron 11 Principios Éticos y 14 Valores. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Reducir la cantidad de principios y de valores facilita el aprendizaje, para que posteriormente se traduzcan en prácticas concretas en el ejercicio de la función pública. | Seleccionar para el Código de Ética, máximo 7 principios éticos y determinar de 7 a 10 valores, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Manual de Ética Pública. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Código de Ética actualizado | | | | | | |
| 3. | H | Algunos principios éticos fueron incorrectamente elaborados, por lo que se debe tener en cuenta los criterios establecidos en el Manual de Ética Pública. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Considerar que deben enunciarse como una oración positiva, no incluirán la expresión debe o deber. El enunciado debe ser preciso, concreto y puntual. | Se deberán considerar aspectos del Manual de Ética Pública para la correcta redacción de principios éticos. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Código de Ética actualizado | | | | | | |
| 4. | H | No se visualizaron directrices éticas, es decir, el comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se deben incluir las directrices éticas, así como también pautas de comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés. | Redactar directrices éticas, o pautas de comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Código de Ética actualizado | | | | | | |
| 5. | H | Los compromisos éticos por dependencia no fueron actualizados | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Los compromisos éticos son una herramienta de toma de conciencia de los compromisos de los funcionarios hacia la institución, por lo que deben mantenerse actualizados. | Se deberán actualizar los Acuerdos y compromisos éticos de todas las dependencias. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Actas de Acuerdos y Compromisos éticos actualizados | | | | | | |
| 6. | H | No se comprobó la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | El Comité de Ética deberá incluir herramientas que permitan evaluar y detectar soluciones ante los incumplimientos de los Acuerdos y compromisos éticos. | Elaborar un acta que permitan velar el cumplimiento de los artículos 13.4, 13.9 y 14 del Código de Ética | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Actas de Reuniones del Comité de Ética | | | | | | |
| 7. | H | No se verificó la realización de talleres impartidos sobre los referentes éticos, ya que, para la implantación de la gestión ética, se requiere de acciones formativas, actividades que induzcan la sensibilización y a la reflexión y que llegue a cada funcionario de la entidad. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | La gestión ética debe involucrar de manera decidida y amplia a los funcionarios de la entidad, sin distinción de niveles de cargo o forma de vinculación laboral. | Realizar talleres de sensibilización y capacitaciones u otras actividades que permitan la apropiación y puesta en práctica de los principios, valores y directrices éticas. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comisión Institucional de Ética | Comisión Institucional de Ética | Registro de asistencia a los talleres/ fotografías | | | | | | |
| 8. | H | El Protocolo de Buen Gobierno no fue revisado a fin de subsanar debilidades ya comunicadas a la institución, como: -No se evidenciaron los valores éticos. -No se observó el compromiso de igualdad y la no discriminación. -No se incluyó en el documento los grupos de interés de la institución. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | El Comité de Buen Gobierno deberá actualizar el Protocolo de Buen Gobierno, teniendo en cuenta las observaciones de la CGR. | Realizar una revisión del Protocolo de Buen Gobierno, a fin de adecuarlo conforme a las sugerencias de la CGR, teniendo en cuenta que los valores éticos se encuentran contemplado en el art. 4°. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comité de Buen Gobierno | Comité de Buen Gobierno | Resolución de actualización del Protocolo de Buen Gobierno | | | | | | |
| Elaborado por: | | | Revisado por: | | | Aprobado por: | | | Fecha: | | | | | | | |
|  Lic. Mónica L. Recalde S. Coordinadora MECIP | | |  CP Juan Carlos Vázquez M. Auditor Interno | | |  Lic. Carlos D. Torres E. Gerente General | | |  Ing. Alan P. Achar E. Presidente | | | 01 DIC 2025 | | | | |

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinoia

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág.2

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación/Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia S/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre |
|------------------------|-----------------------------|---|--|---|---|----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|---|--|---|----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | | | | | | | | | |
| 9. | H | No se observó informe relacionado a resoluciones de controversias suscitadas e indicadores de buen gobierno. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Incluir indicadores de buen gobierno en el Protocolo de Buen Gobierno, elaborar informes sobre controversias surgidas. | El Código de Buen Gobierno incluye "De la solución de controversias o conflicto de Interés en el art 44", sin embargo se deberá tomar en cuenta y se deberá los incluir indicadores de buen gobierno al momento de actualizarlo. Elaborar informes de controversias que surjan. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comité de Buen Gobierno | Comité de Buen Gobierno | Actas de Reunión / Informes | | | | | | |
| 10. | H | No se visualizó que el Comité de Buen Gobierno hubiera realizado el monitoreo y el seguimiento correspondiente al desarrollo y el cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Monitorear el desarrollo y cumplimiento de las políticas establecidas en el Protocolo de Buen Gobierno. | El Comité de Buen Gobierno deberá realizar el monitoreo y el seguimiento correspondiente al desarrollo y el cumplimiento de las políticas contenidas en CBG. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comité de Buen Gobierno | Comité de Buen Gobierno | Actas de Reunión / Informes | | | | | | |
| 11. | H | El Protocolo de Buen Gobierno fue entregado a algunos funcionarios, pero no se comprobó la realización de talleres o capacitaciones que incluyan discusión acerca del documento. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | El Comité de Buen Gobierno deberá involucrar de manera decidida y amplia a los funcionarios de la entidad, sin distinción de niveles de cargo o forma de vinculación laboral. | Realizar talleres de sensibilización y capacitaciones u otras actividades que permitan discusiones y debates acerca el documento. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | Comité de Buen Gobierno | Comité de Buen Gobierno | Registro de asistencia a los talleres / fotografías | | | | | | |
| 12. | H | La Política de Talento Humano no especificó el responsable del seguimiento, aunque si se señaló al responsable de su ejecución. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se deberá revisar la Política de Talento Humano, y especificar al responsable del seguimiento | Revisar la Política de Talento Humano. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | RRHH | Auditoría Interna | Políticas de Talento Humano revisado y actualizado | | | | | | |

COMPONENTE CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|--|---|---|------------|------------|------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 13. | H | Se observó procedimiento para la formulación del Plan Estratégico Institucional- PEI, pero la metodología utilizada no fue la adecuada para su elaboración. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Para su ajuste se sugiere utilizar la Guía Metodológica para Elaboración del PEI que está disponible en la página web del Ministerio de Economía y Finanzas. | Utilizar criterios de la Guía Metodológica para la Elaboración del PEI, definiendo líneas de acción necesarias para el logro de los objetivos estratégicos, para el período de tiempo fijado por la Resolución de la MAI. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | OPLA | OPLA | | | | | | | |
| 14. | H | Se verificó que el PEI no tiene un periodo fijo, sino que cada año va cambiando, a ese respecto, los objetivos estratégicos y específicos deben estar diseñados para lograr resultados en un periodo de 3 a 5 años. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se recomienda que los objetivos estratégicos y específicos deben estar diseñados para lograr los resultados en un periodo de 3 a 5 años. | | 25/11/2025 | 31/12/2025 | OPLA | OPLA | Plan Estratégico Institucional aprobado | | | | | | |
| 15. | H | No se observó la planilla de líneas de acción necesarias para el logro de los objetivos estratégicos, para un periodo evaluado. Los objetivos son ambiguos. Los indicadores y metas no fueron correctamente construidos y definidos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se sugiere utilizar la Guía Metodológica para la Elaboración del Plan Estratégico Institucional. | | 25/11/2025 | 31/12/2025 | OPLA | OPLA | | | | | | | |
| 16. | H | Si bien se observó el Informe sobre entrevistas realizadas, el documento no detalló la muestra, es decir, cuantos funcionarios fueron entrevistados. Tampoco se observó registro de asistencia a talleres de inducción y reinducción desarrollados durante el ejercicio fiscal 2024. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se recomienda que el Informe de entrevistas, se detalle la cantidad de funcionarios entrevistados. También se recomienda elaborar un registro de asistencia de los talleres de inducción y reinducción. | Al elaborar el informe de entrevistas, incluir el detalle de la muestra, es decir, cuantos funcionarios fueron entrevistados. | 25/11/2025 | 31/12/2025 | OPLA | Auditoría Interna | Talleres - Capacitaciones Informe de Entrevistas | | | | | | |

Elaborado por:

Lic. Mónica L. Recalde S.
Coordinadora MEDIP

Revisado por:

CP Juan Carlos Vázquez M.
Auditor Interno

Aprobado por:

Lic. Carlos D. Torres E.
Gerente General

Ing. Alan P. Achar E.
Presidente

Fecha:

01 DIC 2025

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág.3

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación/Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre |
|------------------------|-----------------------------|---|--|--|--|---|-----------------|--------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | Fecha de Inicio | | | | Fecha de Finalización | | | | |
| 17 | H | Se observó un nuevo formulario de mapa de procesos que no incluyó todas las gestiones institucionales. Nuevamente se señala que algunos subprocesos no fueron adecuadamente identificados, correspondiendo a actividades o tareas a realizar, las que forman parte de un proceso. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Para determinar los procesos y los subprocesos, es necesario identificar los productos y servicios ofrecidos por la Institución, y asignar el nombre que tenga relación con el producto que proporciona. | Elaborar correctamente del Mapa de Procesos, de manera a identificar todos los procesos, subprocesos y actividades, para una adecuada implementación del modelo de gestión por procesos. | 1/12/2025 | 20/2/2026 | OPLA | Coordinación MECIP | Mapa de procesos actualizado y aprobado | | | | | |
| 18 | H | Se observó normograma que incluyó normativas generales, al respecto, solo se deben incluir normativas específicas que rigen el funcionamiento de cada subproceso, como, por ejemplo, leyes específicas, disposiciones emitidas por el MTESS y el MEF o la CGR. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Cada dueño de los procesos debe ser responsable de la actualización del Normograma que le compete, teniendo en cuenta que existen nuevas normativas y disposiciones que son emitidas anualmente o son modificadas. | Actualizar el Normograma incluyendo las normativas específicas que afectan a cada área. | 1/12/2025 | 20/2/2026 | Jefe de Cada Área | Coordinación MECIP | Normograma actualizado. | | | | | |
| 19 | H | La Resolución N° 62/2023 aprobó la actualización del Organigrama, sin embargo, el Manual de Organización y Funciones no fue modificado con base a la última actualización de la estructura orgánica. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Una estructura orgánica actualizada permite definir de manera integral y articulada cargos, funciones, relaciones y correspondientes niveles de autoridad y responsabilidad. | Revisar la estructura orgánica que contemple de manera integral y articulada cargos, funciones, relaciones y correspondientes a niveles de autoridad, en caso que se requiera una actualización. | 1/12/2025 | 30/6/2026 | RRHH / OPLA | RRHH / OPLA | Organigrama actualizado | | | | | |
| 20 | H | Se observó un listado de perfil de puestos, pero no se observó el documento en sí, el que pueda determinar a que cargo o cargos podría corresponder. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | El perfil de cargo permite definir de manera integral y articulada las funciones e idoneidad y la responsabilidad de cada funcionario. | Elaborar los perfiles de todos los cargos, teniendo en cuenta el Organigrama vigente y homologado. | 1/12/2025 | 31/12/2025 | RRHH / OPLA | RRHH / OPLA | Perfil de Cargos actualizado | | | | | |
| 21 | H | Se observó el Análisis y Evaluación de Riesgos sobre los objetivos estratégicos, no obstante, con relación al nivel operativo, solo se observó la identificación por procesos, no así el análisis y valoración de los mismos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Es importante que la identificación de Riesgos sea desplegada hasta el nivel de subprocesos, así como los responsables en el área de su competencia. | Revisar y detallar el despliegue de la identificación de Riesgos a nivel estratégico, relacionados a los objetivos estratégicos, así como a nivel operativo, relacionado a los procesos y subprocesos. | 1/12/2025 | 20/2/2026 | Jefe de Cada Área | OPLA | Mapa de Riesgos aprobado | | | | | |
| 22 | H | La documentación relacionada a riesgos visualizada no posee códigos identificatorios ni versión. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se recomienda codificar y versionar la documentación relacionada a riesgos. | Implementar las medidas contenidas en la Guía de Gestión de Riesgos. | 1/12/2025 | 16/2/2026 | Coordinación MECIP | OPLA | Documentación relacionada a Riesgos codificada | | | | | |
| 23 | H | Se observó que el Auditor Interno rubricó diversos formularios relacionados a riesgos, en ese caso, se indica que el Auditor Interno debe ser responsable de la evaluación de tales documentos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Se sugiere que la Coordinación MECIP avale, valide o certifique los documentos elaborados por cada responsable del subproceso. | Implementar las medidas contenidas en la Guía de Gestión de Riesgos del Manual de Implementación del MECIP. | 1/12/2025 | 20/2/2026 | Jefe de Cada Área | Coordinación MECIP | Documentación relacionada a Riesgos rubricada por Responsables | | | | | |
| 24 | H | En cuanto a la descripción de los riesgos, no fue la correcta, ya que se utilizó el concepto Manual Mecip 2015 y no se elaboró una descripción específica de la situación respecto al riesgo. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Igualmente, ningún riesgo debe estar antecedido por las palabras: Ausencia de, falta de, poco (a), escaso (a) o que corresponda a deficiencias de control. | Se recomienda en caso de que esto ocurra se debe eliminar, ya que no está correctamente identificado o se debe analizar si es una causa. | 1/12/2025 | 16/2/2026 | Jefe de Cada Área | Coordinación MECIP | Mapa de Riesgos aprobado conforme a lo observado. | | | | | |

Elaborado por:

Lic. Mónica L. Recalde S.
Coordinadora MECIP

Revisado por:

CP Juan Carlos Vázquez M.
Auditor Interno

Aprobado por:

Lic. Carlos D. Torres E.
Gerente General

Ing. Alan P. Achar E.
Presidente

Fecha:

01 DIC 2025

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono: Pág.4

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observ. sin Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre |
|------------------------|-----------------------------|---|--|---|---|---|-----------------|--------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | Fecha de Inicio | | | | Fecha de Finalización | | | | |
| 25 | H | No se demostró el seguimiento a los riesgos y que la institución haya tenido en cuenta las debilidades señaladas por la CGR en los informes anteriores. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | La NRM señala que : "Se debe asegurar que la identificación y Evaluación de Riesgos sea realizada al menos una vez al año." y dar seguimiento a las observaciones anteriores. | Realizar el seguimiento a los riesgos teniendo en cuentas las debilidades señaladas por la CGR. | 28/11/2025 | 16/2/2026 | Coordinación MECIP | Auditoria Interna | Acta de revisión de Riesgos | | | | | |

COMPONENTE CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|---|------------|------------|-------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 26 | H | No se observó definición de controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al procesos de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Elaborar planes de mejora y/o definición de controles derivados de la evaluación de riesgos significativos, así como también indicadores que muestren el impacto y la efectividad de los controles. | 15/12/2025 | 30/4/2026 | Jefe de Cada Área | Auditoria Interna | Definición de Controles / Planes de Mejora | | | | | | |
| 27 | H | No se demostró la utilización de controles sofisticados y tecnológicos. | | | Evaluar coherencia entre la magnitud y sofisticación de los controles y criticidad de los riesgos. | 1/3/2026 | 30/6/2026 | Jefe de Cada Área | CTIC | Controles tecnológicos aplicados | | | | | | |
| 28 | H | Se observaron Políticas Operacionales correspondientes a cuatro subprocesos, pero no se visualizó la evaluación de los riesgos a fin de determinar cuales son los críticos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Para poder diseñar las políticas o lineamientos de acción, orientadas a la prevención o reducción de la ocurrencia de las situaciones no deseadas, con base a las acciones identificadas como necesarias para el manejo de los riesgos. | Evaluar los riesgos para determinar cuales son los considerados críticos | 15/12/2025 | 20/2/2026 | Jefe de Cada Área | OPLA | Riesgos de los subprocesos evaluados | | | | | | |
| 29 | H | En las entrevistas realizadas, no se incluyeron preguntas sobre Políticas Operacionales, a fin de determinar si los funcionarios de diferentes niveles de la organización tienen acceso, conocimiento y aplicación de las mismas. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al procesos de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Revisar las entrevistas con funcionarios e incluir preguntas sobre Políticas Operacionales. | 1/2/2026 | 16/2/2026 | Auditoria Interna | Auditoria Interna | Informe del Resultado de Entrevistas | | | | | | |
| 30 | H | No se demostró el porcentaje de procedimientos elaborados en relación con el mapa de procesos. | | | Relacionar los procedimientos operativos con los procesos y subprocesos | 1/12/2025 | 16/2/2026 | OPLA | Coordinación MECIP | Procedimientos aprobados | | | | | | |
| 31 | H | No se observó resultado de entrevistas con funcionarios de diferentes niveles de la organización para evaluar nivel de acceso, conocimiento y aplicación de los procedimientos. | | | Revisar las entrevistas con funcionarios e incluir preguntas sobre los Procedimientos operativos.. | 1/2/2026 | 16/2/2026 | Auditoria Interna | Auditoria Interna | Informe del Resultado de Entrevistas | | | | | | |
| 32 | H | Fue definida una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles, también se observó la matriz de Gestión y Evaluación de Controles correspondientes a los objetivos estratégicos, sin embargo, no fueron definidos y diseñados los controles. | | | Revisar la Matriz de Gestión y Evaluación de Controles, a fin de definir los controles correspondientes a los objetivos estratégicos. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | OPLA | Coordinación MECIP | Controles definidos sobre objetivos estratégicos | | | | | | |

Elaborado por:

Lic. Mónica L. Recalde S.
Coordinadora MECIP

Revisado por:

CP Juan Carlos Vázquez M.
Auditor Interno

Aprobado por:

Lic. Carlos D. Torres E.
Gerente General

Ing. Alan P. Achar E.
Presidente

Fecha:

01 DIC 2025

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

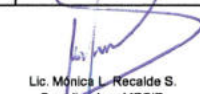
Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py


Teléfono:

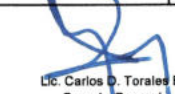
Pág.5

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación/Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre | | | | |
|------------------------|-----------------------------|---|---|---|--|---|--|---|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | | | | Avance de cumplimiento (%) | Comentario Fecha de revisión | | | | | | | | |
| 33 | H | No fueron determinados e implementados controles que tengan en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Diseñar e implementar controles que permitan prevenir o reducir los riesgos de acuerdo a la prevención, detección, protección y corrección. | 1/3/2026 | 30/6/2026 | Jefe de Cada Area | OPLA | Controles definidos de Riesgos identificados | | | | | | | | | | |
| 34 | H | Respecto a la competencia, formación y toma de conciencia, no se observó. a) Reportes de Detección de necesidades por dependencia. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Remitir correos electrónicos a los funcionarios a fin de identificar las necesidades de los mismos en cuanto a capacitación se refiere. | 1/12/2025 | 31/12/2025 | RRHH | RRHH | Reporte de Detección de necesidades. | | | | | | | | | | |
| 35 | H | b) Plan Anual de Capacitación aprobado. | | | Elaborar un Plan de Capacitación anual aprobado por la MAI. | 1/11/2025 | 1/11/2025 | | | Plan Anual de Capacitación aprobado | | | | | | | | | | |
| 36 | H | c) Reglamento de capacitación y becas, aprobado por la MAI | | | Revisar el Reglamento de capacitación y becas para que la misma sea aprobada por resolución de la MAI. | 1/11/2025 | 1/11/2025 | | | Reglamento de Capacitación aprobado | | | | | | | | | | |
| 37 | H | d) Informe de la Auditoría Interna Institucional sobre el cumplimiento del Reglamento de capacitación. | | | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Elaborar un Informe de la Auditoría Interna sobre el cumplimiento del Reglamento de Capacitación | 1/2/2026 | 15/2/2026 | RRHH | Auditoría Interna | Informe Auditoría Interna. | | | | | | | | |
| 38 | H | e) Informe de la Auditoría Interna Institucional sobre verificación de legajos de funcionarios por muestreo. | | | | | Elaborar un Informe de la Auditoría Interna sobre la verificación de legajos de funcionarios por muestreo. | 1/2/2026 | 15/2/2026 | | | Informe Auditoría Interna. | | | | | | | | |
| 39 | H | f) Definición de deberes, obligaciones del personal, faltas y sanciones en el Reglamento del Personal o un Código de Conducta. | | | | | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Revisar el Reglamento del Personal o Código de Conducta que permita definir los deberes, obligaciones del personal. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | RRHH | RRHH | Reglamento del Personal actualizado | | | | | | |
| 40 | H | g) Evaluaciones de desempeño. | | | | | | | Realizar las Evaluaciones de desempeño a los funcionarios que permitan medir su rendimiento. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | | | Evaluaciones de Desempeño realizados | | | | | | |
| 41 | H | No se demostró que los funcionarios de todos los niveles son conscientes de sus funciones y responsabilidades y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos. | | | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Realizar charlas y talleres que permitan generar conciencia de sus funciones y responsabilidades. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Coordinación MECIP | Auditoría Interna | Informe de Resultado de Entrevistas | | | | | | | | |
| 42 | H | No se verificó la implementación de mecanismos para mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable. | Diseñar e implementar mecanismos para mantener la calidad de la información, desde la obtención de los datos, procurando que la misma sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable. | 15/12/2025 | | | 31/12/2025 | Comunicación | OPLA | Procedimiento de mantenimiento de calidad de información | | | | | | | | | | |
| 43 | H | Si bien se observó que en el Manual de Información y Comunicación se determinaron algunas informaciones al ser comunicadas a los grupos de interés interno, no fueron determinadas las fuentes de información relevantes. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Implementar mecanismos que permitan determinar las fuentes de información relevantes. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Comunicación | SEGE | Evaluación de las fuentes de información | | | | | | | | | | |
| 44 | H | Las políticas, procedimientos, matrices se encuentran disponibles en una carpeta compartida en la red, pero no se comprobó si están todos los documentos requeridos y si los mismos están actualizados. | | | Realizar una revisión periódica de la carpeta disponible en la red para constatar que los mismos se encuentren íntegramente y actualizados. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | OPLA / Coordinación MEICP | OPLA / Coordinación MEICP | Revisiones periódicas de la Carpeta Pública | | | | | | | | | | |
| 45 | H | No se observó evidencia que asegure que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable. | | | Diseñar mecanismos que aseguren que la información sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Comunicación | OPLA | Procedimiento de mantenimiento de calidad de información | | | | | | | | | | |

Elaborado por:

 Lic. Mónica L. Recalde S.
 Coordinadora MECIP

Revisado por:

 CP Juan Carlos Vázquez M.
 Auditor Interno

Aprobado por:

 Lic. Carlos D. Torales E.
 Gerente General


 Ing. Alan P. Achar E.
 Presidente

Fecha:
 01 DIC 2025

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág.6

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación/Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del Área) | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre | |
|------------------------|-----------------------------|---|--|---|---|---|-----------------|--------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| | | | | | | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | Fecha de Inicio | | | | Fecha de Finalización | | | | | |
| 46 | H | Si bien se observó procedimiento que describe la metodología de identificación de versión y cambios en los documentos, se comprobó que no todos los documentos del SCI tienen número de versión. Además los procedimientos visualizados corresponden a la primera versión aprobada mayormente en el año 2022. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 por el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Realizar una revisión de la documentación correspondiente al SCI, de manera de verificar que las mismas contengan número de versión | 15/12/2025 | 30/6/2026 | OPLA | OPLA | Procedimientos codificados | | | | | | |
| 47 | H | No se comprobó la aplicación de lineamientos establecidos para fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Realizar talleres que permitan crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | RRHH | SEGE | Jornadas / Registros de Asistencia / fotos | | | | | | |
| 48 | H | Si bien se visualizó que se dispone de políticas, lineamientos y procedimientos que permiten a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias, no se evidenció reportes del área o evidencia del seguimiento realizado a los mismos, en el proceso de mejoramiento institucional. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Elaborar reportes sobre la aplicación y efectividad de la políticas y mecanismos para realizar comunicaciones desde y hacia afuera de la institución, en el proceso del mejoramiento institucional. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Coordinación MECIP | Auditoría Interna | Reportes de Seguimiento | | | | | | |
| 49 | H | En la estructura organizacional y en el mapa de procesos, no se determinó la dependencia encargada de la gestión de comunicación | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Realizar los trámites necesarios para la actualización del Organigrama, y determinar la dependencia encargada de la función de la comunicación. | 15/12/2025 | 30/6/2026 | OPLA | SEGE | Manual de Funciones actualizado | | | | | | |
| 50 | H | No se demostró la revisión periódica de la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Establecer procedimientos para la revisión periódica de la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | OPLA | SEGE | Procedimiento aprobado | | | | | | |
| 51 | H | En el Manual de Comunicación, no se ha definido toda la información que se será comunicada a los diferentes grupos de interés externos de la institución. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Definir en el Manual de Comunicación la información que será comunicada a los distintos grupos de interés externos. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | SEGE | SEGE | Manual de Comunicación actualizado | | | | | | |
| 52 | H | En el sitio web, se observó la matriz del información mínima para Informes de Rendición de Cuentas al ciudadano, no obstante, al momento de la evaluación, no se tuvo acceso a los enlaces de la señalada matriz. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Realizar verificaciones en forma constante de manera de asegurar la visualización a los enlaces de Rendición de Cuentas al Ciudadano. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | SEGE | Comité de RDC | Matriz de RDC visualizada | | | | | | |
| 53 | H | No se observó Memoria Anual y Balance Anual de gestión pública, correspondiente al ejercicio fiscal 2024. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Asegurar la publicación de la Memoria Anual y Balance Anual del Gestión Pública. | 15/12/2025 | 28/2/2026 | DFIN | Coordinación MECIP | Memoria y Balance Anual de Gestión publicada | | | | | | |
| 54 | H | No se observaron actas u otros documentos que evidencien la convocatoria y la realización de Rendición de Cuentas a la ciudadanía. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Realizar acta de reuniones, a fin de evidenciar los temas tratados en el Comité de Rendición de Cuentas. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Coordinación MECIP | Comité de RDC | Acta de Reunión de RDCC | | | | | | |
| 55 | H | Con relación a la Resolución, por la cual se aprobó el Plan de Rendición de Cuentas al ciudadano, no se observó evidencia de promoción del diálogo entre la administración y la ciudadanía, mediante espacios de interacción. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | Realizar eventos que permitan evidenciar el diálogo entre la administración y los afiliados con respecto a la Rendición de Cuentas. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Coordinación MECIP | Comité de RDC | Publicaciones / Fotos | | | | | | |

Elaborado por:

Lic. Mónica L. Resalde S.
Coordinadora MECIP

Revisado por:

CP Juan Carlos Vázquez M.
Auditor Interno

Aprobado por:

Lic. Carlos D. Torales E.
Gerente General

Fecha:

01 DIC 2025

Ing. Alan P. Achar E.
Presidente

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinola



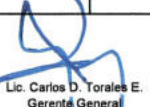
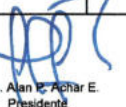
Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág.7

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observ. Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre | | |
|--|-----------------------------|---|---|--|---|---|-----------------------|--------------------------|--|--|---|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| | | | | | | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | | | | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | | | | | | |
| COMPONENTE DE CONTROL DE LA EVALUACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | H | Se observó que los indicadores del PEI no fueron correctamente construidos, ya que no son específicos, medibles, alcanzables, relevantes y oportunos. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al procesos de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 poe el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | Utilizar criterios de la Guía Metodológica para la Elaboración del PEI, definiendo líneas de acción necesarias para el logro de los objetivos estratégicos, para el periodo de tiempo fijado por la Resolución de la MAI. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | OPLA | OPLA | Plan Estratégico Institucional aprobado | | | | | | | |
| 57 | H | Los indicadores operativos reflejados en el tablero de indicadores de segundo nivel, no fueron construidos con base a los productos o servicios generados poa cada subproceso. Se observó ficha de procesos que contiene indicador, sin embargo, debe elaborarse por cada subproceso | | | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | OPLA | OPLA | Indicadores por subproceso | | | | | | |
| 58 | H | Se observaron indicadores para la medición de la satisfacción del usuario, sin embargo, no se demostró aplicación. | | | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | Coordinación MECIP | Auditoria Interna | Encuesta de satisfacción realizada | | | | | | |
| 59 | H | Se observó el Memorando Interno AUDI N° 05/25 de la Auditoría Interna Institucional por el cual remitió al Presidente de la institución el Informe de cumplimiento del plan operativo anual 2024, siendo que el responsable de la evaluación de la ejecución del PEI y del POA es la Oficina de Organización y Planificación. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Ajustar el plan y el cronograma de actividades, para dar continuidad al procesos de fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR N° 377 poe el cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno | El responsable de la Oficina de Organización y Planificación (OPLA) deberá informar sobre el avance y ejecución del PEI y POA al finalizar el Ejercicio fiscal. | 15/12/2025 | 31/1/2025 | OPLA | OPLA | Informe de Avances del POA | | | | | | | |
| 60 | H | No se observó procedimiento operativo para abordar la planificación e implementación de las auditorías internas y seguimiento de planes de mejoramiento. | | | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | OPLA | Auditoria Interna | Procedimiento AUDI aprobado | | | | | | |
| 61 | H | El informe de evaluación de SCI no incluyó debilidades de control señaladas en informes de auditoría, tampoco se basó en el resultado de la evaluación del plan de mejoramiento del SCI en octubre 2.024. | | | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | Auditoría Interna | Auditoria Interna | Informe de evaluación del SCI. | | | | | | |
| 62 | H | Respecto a la entrevistas realizadas por la Auditoría Interna Institucional, el informe no contempló datos sobre la cantidad de funcionarios entrevistados, y en el cuestionario no se incluyeron preguntas relacionadas a todos los elementos de la NRM. | | | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | Auditoría Interna | Auditoria Interna | Informe de resultado de Entrevistas | | | | | | |
| 63 | H | Con la Resolución N° 21/23 fue aprobado el plan de trabajo y cronograma anual para Auditoría Interna Institucional, no obstante, no se visualizó los documentos que forman parte anexa del acto administrativo señalado. | | | | | 31/12/2025 | 31/12/2025 | Auditoría Interna | Auditoria Interna | Resolución de Plan de Trabajo y Cronograma anual. | | | | | | |
| 64 | H | Se verificó Informe de ejecución del plan de trabajo correspondiente al 1er. semestre 2024, no así, al cierre del periodo evaluado. La planilla contiene datos inconsistentes como ser la resolución que aprobó el plan de trabajo y el alcance de la auditoría a los estados contables. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | Auditoría Interna | Auditoria Interna | Informe de ejecución del Plan de Trabajo. | | | | | | | | |
| 65 | H | Se visualizó borrador del perfil del cargo para el Auditor, no se comprobó su aprobación | | | 15/12/2025 | 16/2/2026 | RRHH | Auditoria Interna | Perfil del Auditor aprobado | | | | | | | | |
| 66 | H | Se sugiere verificar la pertinencia de que la Coordinación MECIP dependa de la Auditoría Interna Institucional. | | | 1/3/2026 | 30/6/2026 | OPLA | OPLA | Organigrama revisado | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | Revisado por: | | | Aprobado por: | | | Fecha: | | | | | | | | |
|  Lic. Mónica L. Recalde S. Coordinadora MECIP | | |  CP Juan Carlos Vázquez M. Auditor Interno | | |  Lic. Carlos D. Torales E. Gerente General | | |  Ing. Alan P. Achar E. Presidente | | | 07 DIC 2025 | | | | | |

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS OBSERVACIONES AL SCI DE LA CGR DEL EJERCICIO 2024

Máxima Autoridad Institucional: Ing. Alan Patrick Achar Espinoia

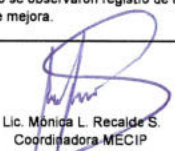
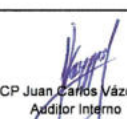
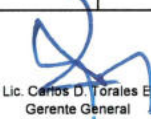

Auditor Interno Institucional: CP Juan Carlos Vázquez Martínez

Correo electrónico: jvazquez@cajaande.gov.py

Teléfono:

Pág.8

OBJETIVO DEL PMI: Mejorar la valoración del Nivel de Madurez, en base al cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos.

| N° Observación/Informe | Código Hallazgo Observación | Hallazgo Observación | Causa(s) | Recomendación | Acción Correctiva o de Mejora | Periodo de Ejecución | | Responsable de Ejecución | Co responsable de Ejecución | Indicador de Cumplimiento (Definir meta) | Autoevaluación (Seguimiento del área) | Acción Cumplida SI / NO Comentarios / Evidencias | Plazos para evaluar eficacia Reprogramaciones | Verificación de la Eficacia SI/NO | Motivo de Cierre Fecha de Cierre | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---|--|---|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|--|---|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------|--|--|--|
| | | | | | | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | | | | Avance de cumplimiento (%) Comentario Fecha de revisión | | | | | | | | |
| 67 | H | Se observaron recomendaciones pendientes de acciones de mejora de años anteriores, lo que evidencia en algunos casos que la Dirección auditada no asumió con responsabilidad las recomendaciones generadas por los organismos de control, o no dio cumplimiento oportuno a las acciones de mejoramiento. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | La NRM señala que la Dirección responsable del área auditada debe asegurarse que se realicen las correcciones y que se tomen las acciones correctivas o de mejora necesarias, sin demora injustificada, para eliminar los desvíos detectados y sus causas. | Realizar una revisión a las auditorías anteriores, en especial las de antigua data, a fin de que sean tenidas en cuenta las acciones correctivas. | 15/12/2025 | 16/2/2026 | Coordinación MECIP | Auditoría Interna | Plan de Mejoramiento aprobado | | | | | | | | | |
| COMPONENTE DE CONTROL PARA LA MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | H | Se observó acta del CCI de fecha 24/10/24, en el cual se resuelve dar parecer favorable al Informe Técnico elaborado por Coordinación MECIP sobre el Informe de Evaluación del SCI elaborado por la CGR y encomendar a la Coordinación a elaborar el plan de mejoramiento individual, con relación a dicho informe. | Falta de optimización del Sistema de Control Interno | Es importante que la Máxima autoridad, el Consejo y todos los miembros del nivel directivo participen de la mesa de trabajo denominada Análisis Crítico, tomando como insumo el informe de Evaluación del SCI, siendo el registro aplicable un acta o un informe rubricado por todos los participantes. | Realizar el Análisis crítico mediante una mesa de trabajo, donde incluyan la participación de todos los miembros del nivel directivo. | 15/1/2026 | 31/1/2026 | Auditoría Interna | Máxima Autoridad y Nivel Directivo | Informe de Análisis Crítico aprobado | | | | | | | | | |
| 69 | H | La Auditoría Interna Institucional realizó el seguimiento a las auditorías de ejercicios anteriores, sin embargo, se visualizaron numerosas observaciones de antigua data evidenciándose que no se tomaron las medidas correctivas. | | Realizar una revisión a las auditorías anteriores, en especial las de antigua data, a fin de que sean tenidas en cuenta las acciones correctivas. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Auditoría Interna | Auditoría Interna | Informe de seguimiento | | | | | | | | | | |
| 70 | H | En el Informe de avance de planes de mejora de la Auditoría Interna, no se detallaron las acciones de mejoramiento planteadas por las dependencias auditadas, para subsanar las debilidades o hallazgos detectados por el órgano de control independiente. | | Es de relevancia que la Dirección responsable del área auditada debe asegurarse que se realicen las correcciones y que se tomen las acciones correctivas o de mejora necesarias, sin demora injustificada para subsanar las debilidades o hallazgos detectados por el órgano de control independiente. | Revisar las acciones planteadas por los Planes de Mejoramiento de las dependencias auditadas de manera a realizar un seguimiento que permitan subsanar los hallazgos detectados. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | Jefe de Cada Area | Auditoría Interna | Planes de Mejoramiento por area | | | | | | | | | |
| 71 | H | No se observó procedimiento para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora. | | Elaborar procedimiento para definir la metodología y criterios para gestión de acciones de mejora. | 15/12/2025 | 31/12/2025 | OPLA | Auditoría Interna | Procedimiento aprobado | | | | | | | | | | |
| 72 | H | No se observaron registro de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora. | | Realizar el registro de acciones de mejora, preventivas y/o correctivas. | 15/12/2025 | 15/1/2026 | Auditoría Interna | Auditoría Interna | Informe de seguimiento | | | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | Revisado por: | | | Aprobado por: | | | | | | Fecha: | | | | | | | |
|  Lic. Mónica L. Recalde S. Coordinadora MECIP | | |  CP Juan Carlos Vázquez M. Auditor Interno | | |  Lic. Carlos D. Torales E. Gerente General | | | | | |  Ing. Alan P. Achar E. Presidente | | | | 01 DIC 2025 | | | |